

ارتباط افسردگی دوران بارداری با نوع زایمان

افسانه شبانگیز^۱ سهیلا احسان پور^۲

^۱ کارشناس ارشد گروه مامایی، ^۲ مربی گروه مامایی، مرکز تحقیقات علوم آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مجله پزشکی هرمزگان سال هجدهم شماره دوم خرداد و تیر ۹۳ صفحات ۱۵۸-۱۵۱

چکیده

مقدمه: افسردگی دوران بارداری، گاهی توانایی عملکرد روزانه، پذیرش نقش جدید، اجرای مسئولیت‌های زندگی زن باردار و پیامدهای حاملگی را دچار اختلال می‌کند. هدف این مطالعه، بررسی ارتباط سلامت روان مادران باردار با پیامد حاملگی و نوع زایمان و نیز برخی ویژگی‌های فردی می‌باشد.

روش کار: این پژوهش، یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است. ابتدا ۱۰ مرکز بهداشتی - درمانی شهر اصفهان به صورت تصادفی و از طریق قرعه‌کشی انتخاب شدند و سپس نمونه‌های این پژوهش که شامل ۲۷۸ نمونه از زنان باردار دارای پرونده بهداشتی دوران بارداری در مراکز منتخب که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، (شامل ۱۰۸ نفر افسرده و ۲۷ نفر غیرافسرده) به تناسب تعداد زنان باردار تحت پوشش هر مرکز انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که در دو مرحله تکمیل شد. مرحله اول در دوران بارداری شامل دو بخش ویژگی‌های فردی و پرسشنامه استاندارد افسردگی بک دو و مرحله دوم، پس از زایمان. جهت تعیین اعتبار و اعتماد علمی پرسشنامه‌ها، از روش اعتبار محتوا و ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روشهای آماری توصیفی و آزمونهای کای اسکوئر، تی مستقل، من وییتی و مدل رگرسیون لجستیک توسط نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد.

نتایج: فراوانی افسردگی در جمعیت مورد مطالعه، ۲۶/۷ درصد بود. نتایج بررسی نشان داد بین افسردگی دوران بارداری با نوع زایمان ($P=0/01$)، تحصیلات زنان باردار ($P<0/001$) و همسران ($P=0/001$)، شغل زنان باردار ($P=0/04$) و همسران ($P=0/009$)، ارتباط معنی‌داری وجود دارد؛ اما بین افسردگی دوران بارداری با سن زنان باردار ارتباط معنی‌داری وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد لازم است آموزش برنامه‌های بهداشت روان به ماماها و پرسنل ارایه‌دهنده خدمات بهداشتی - درمانی به زنان باردار و ارتقاء سطح بهداشت روان مادران و خانواده‌ها و نیز غربالگری و شناسایی مادران در معرض خطر ابتلا به افسردگی و پیگیری آنها و در صورت لزوم ارجاع به مشاور و یا روانپزشک باید مورد توجه برنامه‌ریزان و مشاوران بهداشت روان قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی - بارداری - زایمان

نویسنده مسئول:

سهیلا احسان پور

مرکز تحقیقات علوم آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

اصفهان - ایران

تلفن: +۹۸ ۳۱۱ ۷۹۲۲۹۲۹

پست الکترونیکی:

ehsanpour@nm.mui.ac.ir

دریافت مقاله: ۹۱/۳/۲۳ اصلاح نهایی: ۹۱/۷/۱۸ پذیرش مقاله: ۹۱/۸/۲۸

مقدمه:

به عهده اوست جلوگیری نماید. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، اختلال افسردگی مهمترین علت ناتوانی زنان در جهان امروز است (۲). ۱۰ تا ۱۵ درصد زنان در دوران بارداری دچار افسردگی می‌شوند که عامل خطر مهمی برای افسردگی بعد از زایمان است (۳). در بررسی‌هایی که محقق انجام داده، تاکنون در ایران مطالعات متعددی در مورد افسردگی پس از

حاملگی به همراه عوامل روان‌شناختی، فیزیولوژیکی و تأثیر ترشحات غدد درون ریز تأثیر زیادی بر جسم و روان زنان دارد و می‌تواند بر روند طبیعی زندگی‌شان تأثیر گذارد (۱). افسردگی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی است که می‌تواند با کاستن توانایی‌های افراد از پیشرفت و اعتلای فرد در انجام وظایفی که

تحصیلات ابتدایی، سن بارداری بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی بین هفته ۳۱-۳۴، حجم مایع آمنیوتیک نرمال (بر اساس سونوگرافی)، پرزانتاسیون جنین سفالیک (بر اساس سونوگرافی) و نداشتن محدودیتهای پزشکی شامل جفت سرراهی، اختلال روانی شدید، سابقه افسردگی قلبی، سرکلاژ، سابقه زایمان زودرس، سقط تکراری، بیماریهای قلبی، دیابت، هایپرانتاسیون، بیماری کلیوی، بیماری تیروئید، چند قلوبی، محدودیت رشد و ناهنجاری جنین طبق سونوگرافی می‌باشد.

پرسشنامه این مطالعه دارای سه بخش بوده و در دو مرحله تکمیل شد. مرحله اول تکمیل پرسشنامه در هفته ۳۴-۳۱ دوران بارداری بود که شامل دو بخش از آن بود. بخش اول آن جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک نمونه‌ها که توسط پرسشگر از طریق بررسی پرونده بهداشتی زنان باردار و سوال از واحدهای مورد پژوهش تکمیل شد و بخش دوم پرسشنامه افسردگی بک ۲ بود که پرسشنامه در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار داده شده و توسط آنها تکمیل گردید. پرسشنامه بک دو ۲۱ سوال از علایم افسردگی می‌باشد و هر سوال ۴ گزینه دارد. برای هر گزینه نمره ۰-۳ در نظر گرفته شده است. ۰ عدم وجود علایم افسردگی، ۳ شدت عارضه در آن جنبه است. جمع نمرات بین ۰-۳۳ نوسان دارد. نقطه برش آن در مطالعات غربالگری سطح جامعه برای تشخیص وجود افسردگی ۲۱ است (۱۴). مادرانی که پس از تکمیل پرسشنامه نمره ≥ 21 گرفتند، در گروه افسرده و مادرانی که نمره < 21 گرفتند، در گروه غیر افسرده قرار گرفتند. مرحله دوم تکمیل پرسشنامه پس از زایمان نمونه‌ها بود که بخش سوم آن و شامل نوع زایمان است که در اولین مراجعه آنها به مراکز مربوطه (۵-۳ روز پس از زایمان) توسط پژوهشگر طبق خلاصه پرونده زایمانی آنها و سؤال از واحدهای مورد پژوهش تکمیل گردید. برای بررسی اعتبار و پایایی پرسشنامه بک دو مطالعات زیادی شده است که حاکی از اعتبار و پایایی بالای این آزمون می‌باشد (۱۵). در ایران نیز توسط قاسم‌زاده اعتبارسنجی شده و به عنوان ابزار معتبر ارزیابی افسردگی مورد تأیید است (۱۶). جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها روشهای آماری توصیفی تحلیلی (آزمون کای اسکور، تی مستقل، من‌ویتنی، رگرسیون لجستیک) و SPSS استفاده شد.

زایمان صورت گرفته (۹-۴). اما راجع به افسردگی دوران بارداری و ارتباط آن با سرانجام حاملگی تحقیقات کافی انجام نشده است. با توجه به اینکه اکنون در جامعه زنان باردار ما، غربالگری افسردگی دوران بارداری در مراکز بهداشتی - درمانی صورت نمی‌گیرد و محقق در طی رایه مراقبتهای بهداشتی دوران بارداری به زنان باردار در مراکز بهداشتی - درمانی شهر اصفهان، بارها شاهد این مسئله بوده است که عده‌ای از آنها، از افسردگی و تغییرات شدید خلق و خو، در این دوران رنج می‌برند و افسردگی در دوران بارداری، می‌تواند باعث پیامدهای منفی حاملگی و عملکرد ضعیف مادر شود (۱۰) و همچنین زنان باردار افسرده، معمولاً مستعد افسردگی پس از زایمان می‌باشند (۱۱) و نتایج برخی مطالعات نیز نشان داده است که زنان افسرده به میزان بیشتری وضع حمل به طریق جراحی (سزارین) و زایمان با مداخله (واکیوم/فورسپس) را تجربه می‌کنند (۱۲،۱۳). نظر به اینکه بیشترین شیوع افسردگی دوران بارداری در سه ماهه سوم حاملگی می‌باشد (۱)، لذا این مطالعه با هدف بررسی ارتباط افسردگی دوران بارداری با نوع زایمان، در زنان بارداری که بر اساس زمان اولین روز آخرین قاعدگی و سونوگرافی سه ماهه اول بارداری، در هفته ۳۴-۳۱ بارداری بوده (۱۲) و جهت دریافت مراقبتهای بهداشتی دوران بارداری به مراکز بهداشتی - درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۹۰-۱۳۸۹ مراجعه کردند، به اجرا درآمد تا زمینه اطلاعاتی لازم، برای برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات بهداشتی درمانی آتی، جهت ارتقاء برنامه‌های بهداشت روان مادران باردار را فراهم سازد.

روش کار:

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که دو مرحله‌ای، دو گروهی و چند متغیری می‌باشد. حجم نمونه در این پژوهش، ۳۷۸ زن باردار می‌باشد که بر اساس نمره کسب شده از پرسشنامه استاندارد افسردگی بک دو ۱۰۸ نفر افسرده و ۲۷۰ نفر غیر افسرده بودند که جهت دریافت مراقبتهای بهداشتی دوران بارداری به ۱۰ مرکز بهداشتی - درمانی منتخب شهر اصفهان مراجعه کرده‌اند. این مراکز، به صورت تصادفی و بر اساس قرعه‌کشی از بین ۵۴ مرکز شهری انتخاب شدند. شرایط ورود به پژوهش سن ۲۵-۱۸ سال، ملیت ایرانی، حداقل

نتایج:

در این مطالعه ۳۷۸ نمونه وارد پژوهش حاضر شدند، در این تعداد ۱۰۸ مادر افسرده (نمره ≥ 21) و ۲۷۰ مادر غیر افسرده (نمره < 21) بودند. نتایج پژوهش نشان داد که فراوانی افسردگی دوران بارداری ۲۶/۷ درصد و میانگین نمره افسردگی 14.7 ± 9.9 بود. ۶۵/۱ درصد از واحدهای مورد پژوهش افسردگی خفیف تا شدید داشتند. فراوانی افسردگی خفیف ۲۹/۵ درصد، متوسط ۲۶/۷ درصد، نوع شدید ۸/۹ درصد بود. لازم به توضیح است که هیچ یک از بیماران غربال شده، تحت نظر روانپزشک و یا مشاور خانواده نبودند و از این جهت، مراقبتی دریافت نکرده و هیچ کدام داروی ضد افسردگی و یا روان درمان مصرف نمی‌کردند. زنان بارداری که بر اساس پرسشنامه افسردگی بک دو، افسردگی شدید داشتند، به روانپزشک جهت درمان معرفی شدند. میانگین سن مادران 26.45 بود. میانگین سنی گروه افسرده 26.50 ± 4.78 و گروه غیر افسرده 26.39 ± 4.17 بود. آزمون t مستقل نشان داد میانگین سن دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشتند.

از نظر تحصیلات زنان باردار، در گروه افسرده ۴۸/۲ درصد در رده زیر دیپلم، ۴۴/۳ درصد در رده دیپلم، ۱/۹ درصد در رده فوق دیپلم و ۵/۶ درصد در رده کارشناسی بودند. در گروه غیر افسرده ۲۲/۶ درصد در رده زیر دیپلم، ۵۱/۹ درصد در رده دیپلم، ۷ درصد در رده فوق دیپلم، ۱۷/۸ درصد در رده کارشناسی و ۰/۷ درصد در رده کارشناسی ارشد بودند.

همان طور که دیده می‌شود، در گروه افسرده اکثر افراد در رده زیر دیپلم و در گروه غیر افسرده نیز اکثر افراد در رده دیپلم قرار داشتند. آزمون من ویتنی نشان داد که بین دو گروه از نظر وضعیت تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود داشته است ($P < 0.001$). از نظر تحصیلات همسران آنها، در گروه افسرده ۵۳/۷ درصد در رده زیر دیپلم، ۳۸/۹ درصد در رده دیپلم، ۱/۹ درصد در رده فوق دیپلم، ۴/۶ درصد در رده کارشناسی و ۰/۹ درصد در رده کارشناسی ارشد بودند. در گروه غیر افسرده ۳۸/۱ درصد در رده زیر دیپلم، ۴۳ درصد در رده دیپلم، ۵/۶ درصد در رده فوق دیپلم، ۱۰/۴ درصد در رده کارشناسی و ۳

درصد در رده کارشناسی ارشد بودند. در گروه افسرده اکثر همسران در رده زیر دیپلم و در گروه غیر افسرده اکثر آنها در رده دیپلم قرار داشتند. آزمون من ویتنی نشان داد که بین دو گروه از نظر وضعیت تحصیلات همسران آنها تفاوت معنی‌داری وجود داشته است ($P = 0.001$).

از نظر وضعیت شغلی در هر دو گروه اکثر افراد خانه‌دار بودند: در گروه افسرده ۹۹/۱ درصد و در گروه غیر افسرده ۹۴/۸ درصد. فراوانی کارمندی نیز در دو گروه به این صورت بود: در گروه افسرده ۰/۹ درصد و در گروه غیر افسرده ۵/۲ درصد. همان طور که دیده می‌شود، فراوانی زنان باردار شاغل در گروه غیر افسرده بیشتر می‌باشد. آزمون دقیق فیشتر نشان داد که بین دو گروه از نظر وضعیت شغلی تفاوت معنی‌داری وجود داشته است ($P = 0.04$). از نظر وضعیت شغلی در همسران آنها در هر دو گروه اکثر افراد دارای مشاغل آزاد بودند. فراوانی وضعیت شغلی در دو گروه به این صورت بود: در گروه افسرده ۱/۹ درصد بیکار، ۲۹/۶ درصد کارگر، ۷/۴ درصد کارمند و ۶۱/۱ درصد مشاغل آزاد. در گروه غیر افسرده نیز ۰/۷ درصد بیکار، ۲۶/۳ درصد کارگر، ۲۳ درصد کارمند و ۵۰ درصد مشاغل آزاد. همان طور که دیده می‌شود، فراوانی همسران بیکار، کارگر، و مشاغل آزاد در گروه افسرده و فراوانی همسران کارمند در گروه غیر افسرده بیشتر می‌باشد. آزمون دقیق فیشتر نشان داد که وضعیت شغلی همسران بین دو گروه افسرده و غیر افسرده تفاوت معنی‌داری داشته است ($P = 0.009$).

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که زایمان طبیعی ۵۵ درصد، زایمان واژینال با واکيوم ۰/۸ درصد و سزارین ۴۴/۲ درصد (سزارین اورژانسی ۳۴/۹۴ درصد و سزارین انتخابی ۹/۲۶ درصد) بود. از نظر نوع زایمان، در گروه افسرده ۵۶/۵ درصد زایمان طبیعی، ۲/۸ درصد زایمان واژینال با واکيوم و ۴۰/۷ درصد سزارین (۲۹/۶ درصد اورژانسی و ۱۱/۱ درصد انتخابی) داشتند. در گروه غیر افسرده ۵۴/۴ درصد زایمان طبیعی، ۰ درصد زایمان واژینال با واکيوم و ۴۵/۶ درصد سزارین (۳۷/۰۷ درصد اورژانسی و ۸/۵۳ درصد انتخابی) داشتند.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی نوع زایمان در گروه افسرده و غیرافسرده

P-value	کل		گروه غیرافسرده		گروه افسرده		نوع زایمان
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
P=۰/۰۱ X ² =۷/۹۶	۵۵	۲۰۸	۵۴/۴	۱۴۷	۵۶/۵	۶۱	طبیعی
	۰/۸	۳	۰	۰	۲/۸	۲	با واکيوم
	۳۴/۹۴	۱۳۲	۳۷/۰۷	۱۰۰	۲۹/۶	۳۲	اورژانسی
	۹/۲۶	۳۵	۸/۵۳	۲۳	۱۱/۱	۱۲	انتخابی
	۱۰۰	۳۷۸	۱۰۰	۲۷۰	۱۰۰	۱۰۸	جمع کل

جدول شماره ۲- بررسی ارتباط متغیرهای مرتبط با

افسردگی دوران بارداری با استفاده از آنالیز رگرسیون لجستیک

Odds Ratio	P-value	Wald	متغیرها
۰/۵۸	۰/۰۰۶	۷/۶۷	تحصیلات زنان باردار
۰/۹۴	۰/۰۱	۶/۵۷	شغل همسران
۰/۸۰	۰/۲۰	۱/۵۷	تحصیلات همسران
۰/۸۷	۰/۷۵	۰/۰۹	شغل زنان باردار

جهت تجزیه و تحلیل دقیق‌تر یافته‌ها، در آنالیز رگرسیون لجستیک دو متغیره، افسردگی دوران بارداری به عنوان متغیر وابسته و متغیرهایی که در تجزیه و تحلیل اولیه با افسردگی دوران بارداری رابطه نشان داده بودند، به عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شده و متغیر بدون رابطه با افسردگی دوران بارداری از مدل خارج شدند. نتایج نشان داد که متغیر تحصیلات زنان باردار ($P=۰/۰۰۶$) بیشترین ارتباط را با افسردگی دوران بارداری داشت.

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج پژوهش نشان داد که فراوانی افسردگی دوران بارداری ۲۶/۷ درصد و میانگین نمره افسردگی $۱۴/۷ \pm ۹/۹$ بود. در این رابطه نتایج مطالعه تونی (۱۲) نشان داد که ۶/۶ درصد مادران افسردگی داشتند. نتایج مطالعه اندرسون (۱۳) نیز نشان داد که ۱۵/۱ درصد از زنان یک یا بیشتر تشخیص اختلال روانپزشکی داشتند که شایع‌ترین اختلال، افسردگی بود (۱۴/۱ درصد). ۲/۲ درصد افسردگی شدید، ۲/۶ درصد متوسط و ۸/۳ درصد نوع خفیف داشتند. در پژوهش حاضر، افسردگی در جمعیت زنان باردار مورد پژوهش، نسبت به جامعه زنان باردار کشورهای مورد مطالعه دیگر فراوانی بیشتری دارد. لذا، بررسی

همان‌طور که دیده می‌شود، فراوانی زایمان طبیعی و زایمان واژینال با واکيوم در گروه افسرده بیشتر می‌باشد و فراوانی زایمان سزارین در گروه غیر افسرده بیشتر است. در مورد زایمان سزارین، فراوانی سزارین اورژانسی در گروه غیر افسرده و سزارین انتخابی در گروه افسرده بیشتر می‌باشد. آزمون کای اسکور نشان داد که بین دو گروه از نظر نوع زایمان تفاوت معنی‌داری وجود داشته است ($P=۰/۰۱$).

در این پژوهش فراوانی سزارین در شکم اول‌های گروه غیرافسرده بیشتر می‌باشد. آزمون کای اسکور نشان داد که بین دو گروه از نظر وضعیت سزارین در شکم اول‌ها و مولتی‌پارها، تفاوت معنی‌داری وجود داشته است ($P < ۰/۰۰۱$) و همچنین در گروه افسرده ۶/۷ درصد مولتی‌پارها زایمان واژینال با واکيوم داشتند و شکم اول‌های هر دو گروه و مولتی‌پارهای گروه غیرافسرده زایمان واژینال با واکيوم نداشتند. آزمون کای اسکور نشان داد که بین دو گروه از نظر وضعیت زایمان واژینال با واکيوم در شکم اول‌ها و مولتی‌پارها، تفاوت معنی‌داری وجود داشته است ($P=۰/۰۴$). از نظر فراوانی علت سزارین اورژانسی در واحدهای مورد پژوهش، بیشترین علت آن در هر دو گروه، مربوط به عدم تناسب سر و لگن بود. آزمون کای اسکور نشان داد که بین دو گروه از نظر علت سزارین اورژانسی تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است ($P=۰/۵۶$). جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که شدت ارتباط متغیرهای مرتبط با افسردگی دوران بارداری (به ترتیب از بیشترین به کمترین) با توجه به مقدار Wald به دست آمده از این جدول عبارتند از: ۱- تحصیلات زنان باردار ۲- شغل همسران ۳- تحصیلات همسران ۴- شغل زنان باردار.

این ارتباط، محدود کردن رنج سنی (۳۵-۱۸ سال) در این مطالعه باشد. در گروه غیرافسرده، سطح تحصیلات در زنان باردار و همسران آنها بالاتر از گروه افسرده می‌باشد. همچنین زنان باردار گروه غیرافسرده و همسران آنها بیشتر شاغل و کارمند بودند. بنابراین توجه به اشتغال زنان با در نظر گرفتن تأثیر به سزای آن در سلامت روحی و روانی آنها، باید مورد توجه قرار گیرد. با عنایت به نتایج حاصل از پژوهش حاضر، همان طور که در نتایج مطالعات مشاهده می‌شود، حداقل میزان گزارش شده افسردگی دوران بارداری ۶/۶ درصد (۱۲) بود و در پژوهش حاضر نیز ۲۶/۷ درصد است که مؤید لزوم انجام غربالگری افسردگی دوران بارداری می‌باشد. گرچه در این پژوهش، بیشترین فراوانی سزارین، مربوط به گروه غیرافسرده است ولیکن بیشترین نوع سزارین در این گروه، سزارین اورژانسی می‌باشد که در شکم اول‌های این گروه بیشتر است. همچنین بیشترین نوع سزارین در دو گروه سزارین اورژانسی و نداشتن اندیکاسیون زایمان طبیعی بوده است. برای کاهش نتایج منفی دوران بارداری و پس از آن، باید مراقبتهای بهداشتی در این دوران را افزایش داد تا علاوه بر کاهش نتایج منفی و زیان آور برای فرد، باعث کاهش هزینه‌های تحمیلی به فرد و جامعه نیز گردد. همچنین در پژوهش حاضر، گروه افسرده بیش از گروه غیرافسرده، زایمان به روش طبیعی و زایمان در بیمارستان‌های دولتی داشتند که می‌تواند از عوامل مؤثر بر فراوانی زایمان طبیعی در گروه افسرده نسبت به گروه غیرافسرده باشد. لذا، آموزش برنامه‌های بهداشت روان به ماماها و پرسنل ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی - درمانی به زنان باردار و ارتقاء سطح بهداشت روان مادران و خانواده‌ها و نیز حضور مشاور خانواده در سیستم بهداشتی و برگزاری کلاس‌های مشاوره پیرامون آمادگی برای زایمان و علایم افسردگی دوران بارداری و راههای مقابله با آن، برای کلیه زوج‌هایی که قصد بچه‌دار شدن دارند و یا زنانی که باردار می‌باشند، به خصوص مادرانی که سابقه افسردگی قبل از بارداری و یا در بارداری‌های قبلی را داشته‌اند و همچنین غربالگری و شناسایی مادران در معرض خطر ابتلا به افسردگی و پیگیری آنها و در صورت لزوم ارجاع به مشاوران روانپزشک باید مورد توجه برنامه‌ریزان و مشاوران بهداشت روان قرار گیرد. از موارد کاربرد یافته‌های این پژوهش،

بیشتر و اجرای مداخلات لازم در برنامه‌های بهداشت روان در سیستم خدمات بهداشتی - درمانی جامعه زنان باردار کشورمان ضروری به نظر می‌رسد.

یافته‌های پژوهش نشان داد فراوانی سزارین اورژانسی در گروه غیر افسرده و فراوانی سزارین انتخابی و زایمان واژینال با واکيوم در گروه افسرده بیشتر می‌باشد. بدین ترتیب آزمون کای اسکوئر با $(P=0/01)$ نشان داد نوع زایمان در زنان باردار افسرده و غیر افسرده، متفاوت است و نیز آزمون t مستقل نشان داد بین افسردگی دوران بارداری و سن زنان $(P=0/82)$ ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین افسردگی دوران بارداری و نوع زایمان ارتباط معنی‌داری وجود دارد. نتایج پژوهش تونی (۱۲) نشان داد زنانی که نمره افسردگی بالاتری در سه ماهه سوم کسب کرده بودند، بیشتر نیاز به زایمان به روش مداخله‌ای (سزارین و زایمان واژینال با دستگاه) داشتند $(P<0/02)$. نتایج پژوهش وی ارتباط معنی‌دار بین افسردگی دوران بارداری و نوع زایمان را بیان می‌کند. در مطالعه اندرسون (۱۳)، نتایج نشان داد که زایمان واژینال با دستگاه و زایمان سزارین اورژانسی، بین زنان با اختلال افسردگی و زنان باردار غیرافسرده، به نسبت مشابهی توزیع شده بود. در مطالعه وی، در زنان باردار افسرده سزارین انتخابی شایع‌تر بوده و ارتباط قابل توجهی بین افسردگی و سزارین انتخابی وجود داشت. در مطالعه اوور (۱۷) و ویو (۱۸) و چونگ (۱۹) نیز افسردگی دوران بارداری با نوع زایمان ارتباط دارد. اما آزمون من‌ویتنی نشان داد بین افسردگی دوران بارداری و تحصیلات زنان باردار $(P<0/001)$ و تحصیلات همسران $(P=0/001)$ ارتباط معنی‌داری وجود دارد و همچنین آزمون دقیق فیشر نیز نشان داد بین افسردگی دوران بارداری و شغل زنان باردار $(P=0/004)$ و شغل همسران $(P=0/009)$ ارتباط معنی‌داری وجود دارد. در این رابطه نتایج مطالعه تونی (۱۲) نشان داد که هیچ فاکتور دموگرافیک با افسردگی دوران بارداری مرتبط نبود. نتایج مطالعه اندرسون (۱۳) نیز نشان داد که از بین متغیرهای فردی، تنها بین سن واحدهای مورد مطالعه با افسردگی دوران بارداری ارتباط معنی‌دار مشاهده شد. میانگین سنی زنان باردار در گروه افسرده بالاتر از گروه غیرافسرده بود ولی رابطه معنی‌دار نبود که شاید یکی از دلایل معنی‌دار نشدن

بارداری، پیگیری آنها و در صورت نیاز مشاوره و درمان، پیامدهای زایمان را بهبود بخشند. دسترسی مشکل به نمونه‌های مورد پژوهش از محدودیتهای این پژوهش بود. به نحوی که در بسیاری از مواقع، شماره تلفن‌ها در پرونده درج نشده بود و یا در صورت تماس تلفنی با نمونه‌ها، تعدادی از شماره تلفن‌ها مسدود یا اشتباه بودند. همچنین بسیاری از واحدهای مورد پژوهش با تأخیر و بدون توجه به زمان گفته شده برای تکمیل پرسشنامه مراجعه می‌نمودند و این امر زمان نمونه‌گیری را طولانی نمود.

کسب اطلاعات بر اساس یافته‌های علمی جهت برنامه‌ریزان و مشاوران بهداشت روان می‌باشد. مطالعه حاضر نشان می‌دهد که ۲۶/۷ درصد از نمونه‌ها افسردگی داشته‌اند و افسردگی دوران بارداری برخی پیامدهای منفی بر مادر و جنین دارد. لذا، دانستن این آمار در جمعیت زنان باردار هر جامعه می‌تواند یک راهنما و مرجع مهم برای برنامه‌ریزان بهداشت روان، جهت طراحی برنامه غربالگری و مداخلات مناسب بهداشتی در دوران بارداری، از نظر بررسی وجود افسردگی در این دوران و متعاقب آن انجام اقدامات بهداشتی - درمانی لازم باشد. از آنجا که افسردگی دوران بارداری می‌تواند نقش مهمی در پیامدهای مامایی و نوزادی ایفا کند، می‌توان با استفاده از غربالگری و شناسایی مادران در معرض خطر ابتلا به افسردگی، در دوران

References

منابع

1. Andersson L, Sundström-poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Astrom M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population- based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189:148-154.
2. Austin MP, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;107:10-17.
3. Cuijpers P, Munöz RF, Clarke GN, Lewinsohn PM. Psychoeducational treatment and prevention of depression: the "Coping with Depression" course thirty years later. *Clin Psychol Rev.* 2009;29:449-458.
4. Khakbazan Z, Golyan Tehrani SH, Payghambardoost R, Kazemnejad A. the effect of telephon consulting on the quality of womens life during parturition. *Hayat Journal.* 2010;15:5-12. [Persian]
5. Kheirabadi GH, Kabiri A. Comparing growth indices of newborn children among depressed and non-depressed mothers. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences.* 2003;8:24-40. [Persian]
6. Geliyan Tehrani SH, Gheranmayeh M, Mehran A, Cheraghi O. The relationship between depression and cholesterol serum changes before and after delivery. *Hayat Journal.* 2007;13:59-68. [Persian]
7. Shokrani Forushani S. Ultra analysis of the studies in the filed of depression before and after delivery delivery during 1995-2005. (dissertation). Isfahan: the nursing & midwifery University of Isfahan: 2007.
8. Ajh N, Usefian M, Fili A, Abbasi A. The effect of supporting measures during pregnancy in preventing depression after delivery. *Hayat Journal.* 2006;12:73-80. [Persian]
9. Azimi H, Danesh M, Hosaini H, Khaliliyan H, Zarghami M. Depession after delivery among women called on the health-therapeutic centers in Sari in 1381. *Andishe & Raftar Journal.* 2005;11:31-42. [Persian]
10. Flynn HA, Blow FC, Marcus SM. Rates and predictors of depression treatment among pregnant women in hospital-affiliated obstetrics practices. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006;28:289-295. [Persian]
11. Mirisi SH, Lusskin SH. Psychiatric disorder in regnancy. *Psychiatr Journal.* 2005;72:347-357.
12. Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med.* 2001;63:830-834.

13. Andersson L, Liselott; Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Aströmm M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol.* 2004;104:467-476.
14. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery D. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
15. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: William and Wilkines Press; 2000.
16. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian language version of the Beck Depression Inventory. Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depress Anxiety.* 2005;21:185-192.
17. Orr ST, James SA, Blackmore Prince C. Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol.* 2002;156:797-802.
18. Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med.* 2001;63:830-834.
19. Wu J, Viguera A, Riley L, Cohen L, Ecker J. Mood disturbance in pregnancy and the mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187:864-867.

Archive of SID

Association between depression and delivery type

A. Shabangiz, MSc¹ S. Ehsanpour, MSc²

Instructor Department of Midwifery¹, MSc of Midwifery², Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

(Received 12 Jun, 2012 Accepted 18 Nov, 2012)

ABSTRACT

Introduction: Depression during pregnancy disturbs daily activities, acceptance of new roles, pregnant woman's life responsibilities, and pregnancy consequences. The goal of this study is to investigate the association between depression during pregnancy and type of delivery and some personal characteristics.

Methods: This is a descriptive analytical study in which the data were collected through cross sectional method. Primarily, 10 health care centers were randomly selected by draw. The participants included 378 pregnant women (108 depressed and 270 non-depressed). The instrument for collecting was questionnaire which was developed in two phases. The first phase was during pregnancy and included both personal characteristics and Beck II standard depression questionnaire and the second phase was after delivery and included the subjects' type of delivery. Content validity and Cronbach's alpha were employed for validity and reliability of the questionnaires respectively. The data were analyzed with SPSS 20 and descriptive statistics and Chi-square, t-test, Mann-Whitney and Logistic regression were used.

Results: Frequency of depression in the population studied was 26.7%. The results showed that there were significant association between depression during pregnancy and type of delivery ($P=0.01$), the education of pregnant women ($P<0.001$) and their spouses' education ($P=0.001$), the pregnant women's occupation ($P=0.04$) and their spouses' occupation ($P=0.009$). There was no significant association between depression during pregnancy and the women's age of pregnancy.

Conclusion: The findings of the study suggested to have some instructions in psychic health for midwives and the personnel who provide hygienic-iatric services for pregnant women. Finally, it is important and necessary to recognize the mothers who are supposed to be depressed and refer them to the advisors or psychiatrists.

Key words: Depression, Pregnancy - Delivery

Correspondence:
S. Ehsanpour, MSc.
Medical Education Research
Center Isfahan University of
Medical Sciences.
Isfahan, Iran
Tel: +98 311 7922989
Email:
ehsanpour@nm.mui.ac.ir